Rok LII. Kraków, dnia 26 lipca 1913 Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Nerwica wegetatywna z ograniczonymi kurczami mięśniowymi

opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

Badania ostatnich kilku lat, zajmujące się fizyologią i patologią wegetatywnego układu nerwowego, przysporzyły nam niemało wiadomości, które także dla medycyny praktycznej nie są bez znaczenia. Zawdzięczamy im w niejednym przypadku możność lepszego zrozumienia istoty wielu zaburzeń, dla których już dawniej przyjmowano tło nerwowe, ale nie umiano dość ściśle określić właściwego źródła, względnie pochodzenia nerwowego podrażnienia. Przez dokładne rozdzielenie roli, jaką w ustroju odgrywają obydwa nerwowe układy wegetatywne, powstały ściślejsze pojęcia o skutkach podrażnienia grupy nerwów współczulnych i autonomicznych, a wraz z tem i podział nerwic wegetatywnych.

Nie trudno zrozumieć, że przy ogromnem rozgałęzieniu nerwów współczulnych i autonomicznych i wobec rozlicznych wpływów, działających na ich napięcie, zjawiać się muszą bardzo liczne zaburzenia, powstawać bardzo różnorodne obrazy chorobowe. Nierzadko nawet wikłają się ze sobą zjawiska w zespole objawów nerwicy w ten sposób, że wyszukiwanie rysów, właściwych podrażnieniu nerwów, należących do jednej i do drugiej grupy wegetatywnej, sprawia bardzo poważne trudności. Przykładem może tu być nawet tak wszechstronnie zbadana choroba, za jaką poczytywać trzeba chorobę Basedowa. A przykładów takich dostarcza praktyka lekarska całe szeregi. Nie oznacza to jednak bynajmniej, aby się nie przydarzały i takie spostrzeżenia, w których nerwowe objawy wegetatywne są bardzo jednolite i składają się razem na obraz mniej lub więcej czystej nerwicy współczulnej lub autonomicznej.

Współczesna medycyna posługuje się, dla określenia tego rodzaju jednostronnych nerwic, nazwami »sympatykotonia« i »wagotonia«. W bieżącem piśmiennictwie, które w tym zakresie coraz bardziej zaczyna się rozszerzać i uzupełniać, spotykamy opisy przypadków, należących do jednego i do drugiego działu nerwic. Szczególną wszakże uwagę zwracają na siebie zaburzenia, w których na jaw występują następstwa podrażnienia autonomicznego. Wagotonia doczekała się już nawet osobnego opracowania w postaci zwięzłej monografii, skreślonej przez Eppingera i Hessa. Ukazanie się tej pracy, niewątpliwie bardzo pożytecznej, ma podwójne znaczenie. Z jednej strony streszcza ona to wszystko, co o podrażnieniu autonomicznem dotychczas wiemy, z drugiej służy do pokazywania luk i braków w naszych wiadomościach, a tem samem zachęca, a nawet zmusza do czynienia dalszych spostrzeżeń i do gromadzenia większego materyału, tak doświadczalnego, jak i klinicznego. Za takie uzupełnienie uważam przypadek, spostrzegany na moim oddziale, którego opis w streszczeniu podaję.

Mehmed M. lat 40, wyznania muzułmańskiego, z Maglaju w Bośni, przyjęty na oddział 3 marca 1911 r.

W y w i a d y: Chory kilkakrotnie zapadał na zdrowiu. I tak w 21. r. ż. przebył jakąś chorobę gorączkową, trwającą 7 tygodni. W 32 r. ż. zapadł po raz wtóry i rzekomo przez 6 miesięcy był niezdolny do pracy. Bliższych szczegółów, któreby pozwalały na jakiekolwiek wnioski o przyrodzie tej choroby, dowiedzieć się nie można. Przed 6 laty miał chory przebyć dur brzuszny. Z końcem sierpnia ubiegłego roku zaczęły się pojawiać najrozmaitsze objawy przyrody nerwowej, zmienne co do jakości i siedziby, a wogóle, jak z opowiadania chorego wynika, bardzo nietrwałe. Na większą uwagę z pośród nich zasługują: przypadłości ze strony narządu pokarmowego jak: odbijania po jedzeniu, zgaga, niekiedy ból pod mostkiem, nieregularne oddawanie stolca ze skłonnością do okresowych biegunek i do okresowego zaparcia. Poza tem doznawał chory uczucia pieczenia skóry, czasami pojawiały się krótkotrwałe swędzące wysypki skórne. Przed 18 dniami pojawiły się skurcze w zakresie mięśni szyi i barku. Chory sam podaje, że skurcze te bywają dwojakie. Mianowicie albo mięśnie sztywnieją nagle, skutkiem czego chory prawie głową poruszyć nie może, albo też powstają rytmiczne skurcze, przyczem głowa wykonuje wahadłowe ruchy od przodu ku tyłowi i na odwrót. Skurcze te pojawiają się codziennie rano, trwają rozmaicie długo, czasami aż do popołudnia. Poza tem podaje chory, że od 5 miesięcy nie może spółkować. Miewa wprawdzie chwile podniecenia płciowego, ale niema odwagi zdobyć się na sam akt spółkowania w przekonaniu, że mu się nie uda. Co kilka dni miewa polucye. Niezwykle często pojawia się parcie na mocz, który też chory często oddawać musi.

Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, miernie odżywiony. Budowa czaszki niezupełnie symetryczna, prawa połowa twarzy słabiej rozwinięta. Źrenica prawa nieznacznie szersza, aniżeli lewa. Odruchy źrenic tak wobec działania światła, jak i przy akomodacyi zupełnie prawidłowe. Ruchomość gałek ocznych dobra. Przy patrzeniu zbieżnem występuje na jaw niewytrzymałość prawego mięśnia prostego wewnętrznego (insufficientia convergentiae). W zakresie nerwu twarzowego zboczeń niema. Niema ich także w zakresie nerwu trójdzielnego. Język obłożony, trzęsie się. Ruchomość podniebienia miękkiego prawidłowa. Odruchu gardłowego brakuje. Szyja krótka. Mięśnie szyjne silnie rozwinięte, jędrniejsze, aniżeli to zwykle bywa. Większą jędrnością odznacza się także mięsień barkowy. Pobudliwość mechaniczna mięśni wzmożona. Przy lekkiem względnie uderzeniu młotkiem opukowym powstają w mięśniu piersiowym i w m. dwugłowym ramienia bardzo silne odruchy, w miejscu zaś uderzonem tworzy się typowy wał, który dopiero po paru sekundach znika. Od tego wału rozchodzą się wzdłuż włókien mięśnia, w górę i w dół, fale skurczów całych pęczków [1]). Odruchy ścięgniste prawidłowe. Zaburzeń w czuciu niema. Narządy wewnętrzne nie okazują zmian ważniejszych. Na uwagę zasługuje tylko zwolnienie tętna, najwyraźniejsze w czasie napadów, ustępujące miejsca okresowemu przyspieszeniu. Liczba tętna waha się w bardzo rozległych granicach, między 46—92 uderzeń na minutę. Wielką pobudliwością odznaczają się włosowate naczynia skórne. Nawet lekkie przesunięcie rękojeścią młotka po skórze wywołuje czerwone pasy, występujące doraźnie po zadrażnieniu i utrzymujące się niezwykle długo.

(Dokończenie nastąpi).

Z pracowni chemicznej kliniki chorób wewnętrznych
Prof. H. Eichhorsta w Zurychu.

Wpływ odżywiania na wydzielanie indykanu i indolu w moczu i indolu w kale.

Podał

Dr Wacław Moraczewski (Karlsbad).

(Dokończenie).

Korzystając zatem z pomocy Dr E. Herzfelda przedsięwziąłem badania u osób zdrowych, poddając je dyecie mlecznej w połączeniu z pewną określoną ilością cukru, białka, żelatyny, tłuszczu, dając im dyetę roślinną albo obfitującą w węglowodany.

Badania rozpadają się na trzy części. Pan K. miał dyetę niezbyt ściśle określoną i ograniczyliśmy się w tym przypadku do badania indolu i indykanu w moczu obok indolu w kale.

Jednocześnie próbowaliśmy u osób zdrowych wpływu indolu, podawanego w ilości 0·02 gr., na ilość indolu w moczu. (Tabl. I.).

Bardziej szczegółowe badanie wykonaliśmy nad panem B., gdzie obok indolu i indykanu oznaczano azot w kale i moczu przy rozmaitych dyetach. (Tabl. II.).

TABLICA I.

Mocz ilości dobowe.			Kał ilości dobowe.		
Woda	Indol mgr.	Indygo gr.	Ilość	Indol mgr.	
1020	0·509	0 2295	—	—	Mieszana dyeta; dużo mącznych potraw.
950	0·443	0 4370	255	7·1	Tasama dyeta.
900	0·661	0·5670	170	16 0	Mieszana dyeta; dużo tłuszczów.
1200	0·835	0·1188	—	—	Mieszana dyeta, prawidłowe ilości.
1270	0·753	0·2921 0·2218	190	9 08	Mieszana dyeta, z dodatkiem potraw mącznych i słodkich.
720	0·535	0·1513	245	20·76	Mieszana dyeta, z dodatkiem tłuszczów.
640	0·928	0 3490	145	10·02	Tasama dyeta.
950	0·401		115	10·30	Mieszana dyeta; dużo białka.
1200	0·964	0·2760	243	18·70	Mieszana dyeta.
1250	0·711	0·3125	100	5.80	Tasama dyeta; + 0·02 indolu.
1840	1·330	0·4600	142	12 90	Tasama dyeta; + 0·04 indolu.
1350	0·851	0·0648			Zwykła dyeta.
1350	0·571	0·1404			N_1) » » + 0·02 gr. indolu.
1300	1·100	0 0468			Zwykła dyeta.
12[illegible]0	0·562	0·0922			N_1) » » + 0·02 gr. indolu.
2000	1·160	0 0460			N_2) Zwykła dyeta.
1315	1·066	0·0526			N_3) » »

TABLICA II.

Mocz ilości dobowe.			Kał ilości dobowe				B
Woda	Indol w mgr.	Indygo w gr.	Ilość	Indol w mgr.	Azot kału gr.	Azot moczu gr.	
1300	1·10	0·0468	—	—	—	—	Zwykła dyeta.
1270	0·88	0·1168	293	11·04	4·98	25·5	Mleko i chleb.
1520	0·491	0·0684	228	4·28	4·10	15·5	Mleko, chleb + 0·02 gr. indolu.
890	0·415	0·0890	608	3·20	2·49	15·6	Mleko, chleb 100 — 200 gr. cukru.
1090	0 391	0·1003	478	0·51	1·67	9 0	Tasama dyeta + 0·02 gr. indolu.
790	0·194	0·0613	125	0 96	0·83	13·9	Mleko, chleb + 100 gr. masła.
870	0·467	0 0939	83	3·62	0·74	—	Tasama dyeta.
880	0·590	0 0642	113	4 08	—	15·66	Tasama dyeta.
1070	0·731	0 1070	223	0 704	1·24	15.62	Tasama dyeta + 0·02 gr. indolu.
1200	1·020	0·1752	168	11·00	—	14·68	Mleko i chleb.
980	0·689	0·0804	93	5·60	1·50	14·79	Mleko i chleb
820	0·853	0·1181	73	7·24	1·15	13·03	Mleko, chleb i 200 gr mózgu.
1030	0·485	0 1009	83	7·84	1·31	15·82	Mleko, chleb i 200 gr. mózgu.

Wreszcie najbardziej szczegółowe badanie wykonano z panem N. (Tabl. III i IV), gdzie prócz poprzednich badań oznaczano indol powtórnego trawienia w celu zbadania niespożytkowanego białka, gdzie oznaczano w kale chlorki — jednocześnie oznaczając ściśle dyetę.

Sposoby badania były zwykłe; azot w moczu i kale według Kjeldahla; chlorki według Volharda, przyczem kał odparowano i zwęglono po dodaniu sody chemicznie czystej; indykan według Obermeyera; indol w kale i w moczu metodą E. Herzfelda. Po oddestylowaniu kału, zaprawiano resztę pozostałą po destylacyi pankreatyną, szczepiono kałem i zostawiano 24 godzin w cieplarce. Poczem oznaczano tą samą metodą indol, wytworzony przez ponowne gnicie. Indol oznaczano zawsze w spektrofotometrze Martina, odczytując kąty przy dwu pozycyach płynów: 1) rozczyn barwika po prawej, a rurka porównawcza po lewej; 2) rozczyn barwika po lewej, a porównawcza rurka po prawej

---

[1]) Tego rodzaju odczyn mięśniowy daje się spostrzegać stale u osób, u których istnieją znamiona podniecenia autonomicznego. I wobec tej stałości, stwierdzonej na bardzo licznym materyale chorych, byłbym nawet skłonny uważać ją za ważny objaw rozpoznawczy wagotonii.

TABLICA III.

	Mocz ilości dobowe				Kał ilości dobowe						
Woda	Azot gr.	Sól kuchenna gr.	Indol w mgr.	Indygo w grm.	Ilość	Azot	Chlorki	Indol w mgr.	II. Indol w mgr.		
1270	17.77	13·84	0·792	0·1587	240	2·32	0·07	19·0		1	Dyeta mleczna. 2250 cet. mleka.
1260	18·64	13·61	0·678	0·2419	230	1·93	0·17	13·2	0·3	2	600 chleba czarnego.
1260	18·39	13·61	0·690	0·1361	125	2·49	0·07	12·3		3	2 dnia 0·02 indolu.
1670	30·23	13·03	1·040	0·1303	230	2·66	0·16	17·1		1	Tasama dyeta z dodaniem
1650	34·98	12·54	1·340	0·0990	230	2·53	0·14	15·7	2·1	2	170 gr. żelatyny.
1620	36·45	11·98	0·889	0·0405	340	3·27	0·23	15·4		3	2 dnia 0·02 gr. indolu.
1150	20·24	13·57	0·562	0·1806	250	2·89	0·24	21·7		1	Mleka 2250 cet. Chleba 600 gr.
920	16·11	13·66	0·599	0·2714	270	2·66	0·14	20·2	29·0	2	Cukru mlecznego 200 gr.
1170	18·13	14·51	0·589	0·1346	200	2·02	0·23	12·7		3	2 dnia 002 gr. indolu.
1060	16·96	10·49	0·559	0·1208	160	1·54	0·05	12·8		1	Mleka 2250 cet. Chleba 600 gr
1230	17·09	14·39	0·818	0·2585	220	2·10	0·08	22·3	3·7	2	Masła 200 gr
1220	15·74	15·74	0·809	0·2196	270	2·63	0·09	38·3		3	2 dnia 002 gr. indolu.
1580	22·75	20·54	0·669	0·2923	330	3·71	0·31	38·3		1	Mleka 2250 cet. Chleba 600 gr.
1460	26·13	18·83	0·680	0·4059	290	2·10	0·18	21·6	25·7	2	Sera 250 gr.
1470	33·52	18·38	0·727	0·2176	210	1·90	0·12	16·0		3	2 dnia 0·02 gr. indolu.
1200	22·68	13·08	0·588	0·1068	330	2·78	0·16	22·7		1	Mleko 2250 cet. Chleba 600 gr.
1320	21·65	13·16	1·300	0·1023	270	2·19	0·18	15·6	33·3	2	2. 3. dużo sałaty, jabłek, kapusty.
2050	18·66	17·43	1·170	0·0025	380	2·87	0·28	10,7		3	3 dnia 002 gr. indolu.

TABLICA IV.

	Mocz ilości dobowe				Kał ilości dobowe					
Woda	Azot gr.	Chlorki gr.	Indol w mgr.	Indygo w gr.	Ilość	Azot gr.	Chlorki gr.	Indol w mgr.	II. Indol w mgr.	
1330	19·55	12·50	0·819	0·1091	250	5·56	0·12	17·90	89·9	Dyeta mieszana, mięso, jarzyny, mleko, kasza.
1200	19·20	12·72	0·515	0·2520	340	2·62	0·11	18·60	41·1	Tasama dyeta + 200 grm. cukru.
1450	19·14	12·76	0·523	0·1161	290	1·89	0·18	18·10		
1150	17·95	12·50	0·911	0·0955	430	3·58	0·32	15·60	118·7	Tasama dyeta + 200 grm. tłuszczu.
1500	24·15	13·50	0·677	0·2490	330	2·55	0·25	20·50	43·3	Tasama + 20 żółtek.
1660	24·07	18·33	0·694	0·2606	520	4·02	0·41	29·30		» + 200 grm. mózgu.
930	9·86	5·30	0·823	0·0697	170	1·57	0·10	9·60	15·8	Kasza z kukurydzy 300 gr.
730	9·64	4·16	0·578	0·1259	70	0·76	0·04	3·20	10·5	Tasama + 200 grm. tłuszczów.
1050	16·17	11·55	0·597	0·1659	230	1·53	0·24	9·50	64·0	1) Dyeta mieszana, mało cukru, wiele jarzyn.
1000	12·40	12·60	1·480	0·2200	510	6·39	0·42	27·80	115·0	2) + tłuszczu.
840	13·69	7·89	0·791	0·1571	230	1·69	0·18	9·80	13·5	3) + 200 gr. cukru.

Styczne tych kątów odejmowano od siebie i mnożono przez stały czynnik 156. Otrzymana liczba dawała ilość indolu w użytym do badania kale. Ilość tę wyrażaliśmy zawsze w miligramach, żeby ułatwić pisanie.

Całą ilość dobową kału rozrabialiśmy w 1 litrze wody i z tego litra braliśmy do oznaczania chlorku 50 cm³, do oznaczania indolu 25 cm³.

Indykan w moczu oznaczaliśmy w kolorymetrze Dubosque. Badanie kolorymetryczne dawało nam duże ilości, ale zdaje się, że te ilości są bliższe prawdy. Miareczkowanie po odparowaniu wywołuje zapewne straty. Inne sposoby są jeszcze mniej pewne; wydało nam się, że badanie barwy jest najwłaściwszą metodą i sądzimy, że zastąpi ono z czasem inne sposoby badania.

Z załączonych tablic wynika, że dodawany sztucznie indol wywołuje podwyższenie ilości indykanu w moczu, że to podwyższenie nie u wszystkich bywa jednakie i, co dziwniejsza, czasem przewyższa ilości, odpowiadające podanej ilości indolu. Oczywiście w tych razach muszą w grę wchodzić inne, nieznane czynniki.

Wpływu na indol moczu podany indol nie wywierał nigdy i tem mniej się sztuczne dodanie indolu w ustroju przejawiało, im większa była ilość owego indolu moczu. Indol moczu, jak sądzić można z naszych doświadczeń, jest objawem jakby sprawności ustroju, odpowiada niejako mocznikowi. Im więcej mocznika ustrój wytworzyć jest zdolny z danej ilości białka, tem sprawniej działa utlenianie, tem doskonalsza jest przeróbka azotu. Otóż indol odpowiada temu mniej więcej, ilość jego podnosi się bowiem lub opada wszędzie tam, gdzie ustrój lepiej spala. Żeby to lepiej uplastycznić, porównać można ilości indolu do ilości kwasu szczawiowego, amoniaku, acetonu itp., z tą tylko różnicą, że indol dziwnym trafem jest obfity przy dyecie roślinnej i przy zwykłej dyecie mieszanej, która, jak wiadomo, daje mało acetonu, amoniaku, kwasu moczowego itd. Natomiast dyeta tłuszczowa powiększa ilość indolu moczu, tak jak powiększa ilości amoniaku, szczawianów, kwasu moczowego, indykanu, wogóle tak zwanych niedopałków ustroju. Dyeta cukrowa obniża ilość indolu, co znowu stosuje się do zachowania wyżej wyliczonych ciał. Dyeta obfitująca w białka daje liczby wyższe, niż dyeta cukrowa, niższe, niż dyeta tłuszczowa; — zupełnie tosamo znalazł Cipolina i ja co do szczawianów. Tembardziej dziwne jest powiększenie ilości owego indolu przy dyecie roślinnej, przy podawaniu żelatyny wogóle w tych przypadkach, w których zauważyliśmy największą tolerancyę na indol, to jest najlepszą sprawność ustroju. Zadziwiające jest to, że dyeta t ł u s z c z o w a, przy której indol moczu (mówimy wciąż o tem ciele, otrzymywanem przez destylacyę moczu i dającem odczyn indolu) wskazuje największe ilości, o b n i ż a tolerancyę ustroju, prowadzi do najwyższych ilości acetonu, indykanu, kwasu moczowego, amoniaku itd. Spotykamy więc tu przeskok niezrozumiały, chyba, żebyśmy przyjąć mieli, iż w roślinach lub żelatynie kryje się jakieś ciało, dające podobny odczyn.

To zachowanie się indolu moczu stanowi jeden z naj-

ważniejszych wyników naszych badań. Stwierdziliśmy to zachowanie się zarówno u zdrowych ludzi przy zmianie dyety, jak u chorych, na których doświadczenia robił Dr W. Kaufman w tutejszej klinice. Zauważono tam również niezależność tego ciała od indolu kału i indykanu moczu.

Przypuszczaliśmy z początku, że indol ów pochodzi z tryptofanu, pochłoniętego przez kiszki i przypuszczaliśmy, że im więcej indolu, tem mniej indykanu, że im więcej tryptofanu pochłonie ustrój, tem mniej pozostaje do gnicia w kiszce; — ale wobec tego, że ilość indolu wzrasta razem z indykanem przy tłuszczach, że maleje z nim razem przy żelatynie, musieliśmy tej ponętnej hipotezy poniechać.

Z kolei rozpatrzymy losy indolu w kale i często omawianą zależność od nich indykanu w moczu. Z tablicy I. mało wnosić można, bo dyeta za wielkim podlegała wahaniom. Widzimy, że dyeta tłuszczowa powiększa stale ilości indolu w kale, co mniej więcej odpowiada powiększeniu indykanu w moczu, że dyeta cukrowa obie te liczby obniża. Badania te były raczej wstępem i wyników pewnych nie dają.

Daleko lepiej ocenić możemy wpływ dyety z tablicy II. Przy dyecie mlecznej widzimy skłonność do obniżania się ilości indolu i indykanu i jednocześnie widzimy, że podana ilość indolu nie odbija się na ilości indykanu. Cukier wywołuje obniżenie ilości indolu w kale i indolu w moczu, mimo to mamy powiększenie ilości indykanu, wywołane tu prędzej przez zaburzenia kiszkowe, które wielka ilość cukru sprawiła; wobec tego dodany indol wyraźnie powiększył ilość indykanu w moczu. Tłuszcze wyraźnie podniosły ilość indolu i indykanu i zgodnie z tem zauważyliśmy wyraźny wpływ na indykan podanego indolu. Przy cukrze różnica stanowiła 0·01 gr., przy tłuszczach 0·04. To znaczy, że 0·02 gr. indolu podane w czasie dyety, obfitującej w cukry, dało więcej o 0·01 indykanu, a tesame 0·02 indolu, podane przy tłuszczach, dały 0·04 indykanu.

Najcenniejsze wyniki otrzymujemy z tablicy III i IV. Widzimy przedewszystkiem wyraźny wpływ dyety na indol moczu i kału, na indykan moczu i chłonienie kiszkowe. Dodanie żelatyny podniosło ilość indolu w kale, mimo to obniżyło ilość indykanu. Pamiętać należy, że materyał, dostarczający indolu, nie zmieniał się, że stała ilość sernika i chleba trwała przez wszystkie dni doświadczeń, że zatem zmiany w dyecie miały tylko wykazać różne zachowanie się pożywienia w kiszkach, mniej lub więcej szybkie chłonienie i mniej lub więcej dokładne spalenie wytworzonego indolu. Jednocześnie podawany indol nie zmienił ilości indykanu moczu. Następne trzy dni trwała dyeta cukrowa. Z początku widzimy znaczne wzmożenie się indolu w kale i moczu, jak gdyby cukier wywołał gorsze chłonienie. Jednocześnie podnosi się indykan moczu, a dodany indol wyraźnie się zaznacza w liczbach indykanu. Świadczy to, że w niektórych razach ilość indykanu zależna jest od indolu kału. W ponownem gniciu ilość indolu jest nieznaczna, świadcząc o tem, że cały indol utworzył się prędko. Początkowe wznoszenie się ilości indolu i indykanu przy dyecie cukrowej może pochodzić także z wzmożonego gnicia, które pod wpływem cukru na razie wzrasta, a potem dopiero maleje. Zupełnie inaczej wpłynęła dyeta tłuszczowa. Tu co dnia wznosi się indykan moczu i co dnia indol kału, nawet indol otrzymany przy ponownem trawieniu jest dość znaczny. Dodana ilość indolu wykazuje zwyżkę 0·13 gr. indykanu, kiedy dawniej przy cukrze i mleku wykazywała 0·09. Świadczy to o obniżeniu tolerancyi.

Dyeta, obfitująca w białka, wykazuje podobnież wpływ na tolerancyę, 0·02 gr. indolu wywołuje powiększenie ilości indykanu o 0·11, — 250 gr. sera, które obok poprzedniej dyety podawano, stanowiło więcej niż zdwojoną ilość tryptofanu. Widzimy jednak, że indykan moczu stosunkowo nieznacznie się podniósł i mimo 33 gr. azotu w moczu stanowił 0·217 gr., kiedy przy tłuszczach 15 gr. azotu moczu dawało 0·219 indykanu, zatem tęsamą ilość. Świadczy to o dobrem chłonieniu białka, świadczy o stosunkowo niewielkiej ilości materyału, podlegającego gniciu, albo raczej o dobrej tolerancyi, o wybitnem spalaniu pochłoniętego indolu. Ponowne gnicie kału dało bardzo dużo indolu, zatem dużo niestrawionego białka zalegało w kiszkach, mimo to ilość indykanu nie jest duża i raczej chyli się do poziomu prawidłowego. Dodanie jarzyn do mleka wywołało bardzo wybitne obniżenie się ilości indolu w kale i obniżenie indykanu w moczu. Ponowne gnicie wykazało, że obniżenie to polega na niepochłonięciu białka, bo indol otrzymany z powtórnego gnicia przewyższa ilością indol znaleziony w kale.

Następne okresy są powtórzeniem poprzednich, z tą różnicą, że raz dawaliśmy dużo węglowodanów, a drugi raz ograniczaliśmy ich ilość. W obu razach było dużo roślinnego pożywienia, które wybitnie powiększyło ilość niezużytkowanego białka. I tu cukier obniżył indol kału i indykan moczu, tłuszcze powiększyły obie te wielkości.

Próbowaliśmy wreszcie porównać dyetę, obfitującą w grupy tryptofanowe, z dyetą, która tryptofanu nie zawiera. W tym celu przez kilka dni podawano 20 żółtek, lub 200 gr. mózgu, co wywołało powiększenie indolu w kale i indykanu w moczu. Powiększenie ilości indykanu mimo obfitującej w tryptofanowe grupy dyety, było nieznaczne. Świadczy to, że nie bezwzględna ilość białka, ale jego chłonienie wywiera rozstrzygający wpływ na ilość indykanu i indolu. Następne cztery dni podawano tylko kukurydzę, ponieważ według Osborne i Harrisa[11]), ziarno to zawiera bardzo niewiele tryptofanu. Obniżyliśmy w ten sposób indykan moczu i indol kału, a kiedy potem dodaliśmy tłuszczu, zauważyliśmy ogromne powiększenie ilości indykanu, które składamy na karb zmniejszonej tolerancyi. Azot moczu przy tłuszczu się nie zmienił, a co dziwniejsze, indol moczu, zwykle podnoszący się przy tłuszczach, tu zmiany typowej nie okazał.

Wreszcie ostatnie dni zużytkowano na badanie wpływu tłuszczów i cukrów przy dyecie, ubogiej w węglowodany. Tu tłuszcze wykazały wybitny wpływ, podnosząc ilość indolu w moczu i kale, podnosząc szczególniej ilość indolu powtórnego gnicia. Cukry zaś obniżyły jak zwykle obie wartości, obniżając jednocześnie indykan moczu.

Zbierając wszystko, co powiedzieliśmy wyżej, musimy zaznaczyć, że związek między indolem kału i indykanem moczu niezaprzeczenie wykryć się daje. Możemy przypuścić na mocy naszych doświadczeń, że dyeta roślinna obniża ilość indykanu w ten sposób, że nie pozwala gnić białkom, że je usuwa. Gnicie to daje się wykazać potem

---

[11]) Osborne i Harris. Amer. Journ. of chem. Soc. I, 25.

przy ponownem trawieniu. Wszystkie nasze wyniki, oznaczone w tablicy III i IV jako indol II, wykazują olbrzymią różnicę w ilościach indolu przy dyecie roślinnej i dyecie mlecznej. Ale jeżeli w niektórych razach ten stosunek indolu kału do indykanu w moczu wydaje się prosty, to przecież są wpływy, może za mało oceniane, które wytworzony już indol zmieniać są zdolne. Nietylko nasze doświadczenia z żelatyną lub kukurydzą o tem świadczą. Nawet te pozornie zgodne wyniki, otrzymane przy dodawaniu tłuszczów, zużytkować można do poparcia twierdzenia, że indol kału nie stanowi jedynego czynnika, że obok niego stanąć musi czynnik sprawności ustroju. Przyjrzyjmy się ilościom, otrzymanym przy tłuszczach. Napozór nic prostszego: tłuszcz powiększa ilość indykanu moczu, bo powiększa ilość indolu w kale. Ale dlaczego ilość indolu w kale tak znacznie się powiększa? Ilość chlorków w kale zawsze jest przy tłuszczach nizka, zatem chłonienie jest lepsze, zatem i indol wchłonąćby się musiał. Jeżeli jednak indol znajdujemy w kale, to widać, że go tłuszcz nie puszcza, że go przed chłonieniem chroni, boć ilość tego indolu jest stała, białka nie mogą dać więcej indolu. Zatem tłuszcz musiałby chronić białko przed wessaniem i oddawać mniej tryptofanu, a więcej sprowadzać go do jelit. Potrochu sprawa się tak mieć może, bo ilość azotu moczu się obniża, mimo, że chlorki wzrastają. Więc tłuszcze mogą przez obniżanie chłonienia kwasów amidowych doprowadzać więcej tych kwasów, a więc i tryptofanu do kiszki grubej. Więcej też azotu znajdujemy w kale, prawie o tyle więcej, ile nam brakuje w moczu, i więcej indolu w kale. Ale właśnie to więcej indolu w kale, ta wielka ilość indolu, otrzymana po ponownem gniciu, daje nam do myślenia. Przecie Gorter [12]) nie wahał się twierdzić, że indol, znajdowany w kale, dałby indykan w moczu, zatem ten indol, zatrzymywany przez kał, wydzielany przez kał, musi obniżać ilość pochłoniętego indolu. I niezaprzeczenie potrochu tak być musi. Więc owo pozorne wznoszenie się ilości indolu w kale i indykanu w moczu bynajmniej jeszcze nie świadczy o prostej zależności, świadczy raczej o tem, że przy dyecie tłuszczowej czynimy ustrój niezdolnym do spalania indolu, świadczy o tem, że nawet prawidłowa, albo trochę niższa ilość indolu wywoła wyraźnie zwiększenie się indykanu. To rozumowanie doprowadza nas do wniosku, który dawniej już uczyniliśmy, patrząc na jednoczesne wznoszenie się wraz z indykanem kwasu szczawiowego, acetonu, kwasu moczowego, kwasów amidowych, amoniaku — wszystko to świadczy o temsamem: o zmniejszeniu możności ustroju, o zmniejszeniu się siły utleniającej.

Przypominam podobne rozumowanie G. Rosenfelda przy ocenianiu sprawności wątroby przy spalaniu cukrów i zatłuszczeniu.

To co mówiliśmy o tłuszczach i co szczególniej widać z naszych doświadczeń przy dyecie roślinnej, to da się z małemi zmianami powtórzyć o cukrach. I tu pozorna zgodność ilości indolu i indykanu. Zwolennicy teoryi Jaffego i Ellingera uważaliby to za potwierdzenie swych poglądów. Znane są ich dzieła o odwracaniu perystaltyki, o królikach zjadających kał i t. p. Zmniejszenie stopniowe indolu w kale idzie w parze ze zmniejszeniem azotu kału i z powiększeniem chlorków, zatem chłonienie chlorków jest niedobre, indol powinienby wraz z chlorkami znaleźć się w kale. Gdyby bakterye gnilne tworzyć go nie chciały na razie, wtedy znaleźćby go można przy ponownem gniciu, jak znajdowaliśmy przy dyecie roślinnej, przy dyecie tłuszczowej.

Tymczasem indolu tego niema. Ilość azotu w moczu, świadcząca o pochłoniętych tryptofanach, nie powiększa się, zatem cukier nie wpłynął na lepsze wessanie białka, raczej wpływa na gorsze wsysanie. Indol zdaje się znikać w kale, zmieniać się w inną formę, skoro go nigdzie wykryć nie można. Chyba, żeby się wessał w krew. Ale wtedy musiałby powiększyć ilość indykanu, gdyby go ustrój nie spalił. I znowu z roztrząsania tych spostrzeżeń dochodzimy do wniosku, że indol raczej pochłonięty został, skoro go w kale odnaleść nie możemy ani w pierwszej porcyi, ani po drugiem gniciu. Jeżeli jednak wchłonięty został, to siła spalania ustroju musiała przy cukrze uledz zmianie, musiała się powiększyć, skoro nawet tak znaczne pochłonięcie nie wywołało podwyższenia, ale raczej obniżenie indykanu. Że w tem jest trochę słuszności, o tem świadczy doświadczenie z indolem, które wykazuje wyraźną poprawę tolerancyi w obu razach. Pomimo więc wielkiej ilości chlorków, (a może właśnie one świadczą o zmienionych warunkach chłonienia, może cukier nasycił już krew) — pomimo wielkiej ilości chlorków indol przy cukrze uległ lepszemu chłonieniu i tylko dlatego nie występuje w moczu, że go ustrój spala.

Dowodzenia tego nie zmieni spostrzegane w początkach dyety cukrowej powiększenie się ilości indolu i indykanu. Cukier może spowodować złe chłonienie, szczególniej w początkach. To złe chłonienie już samo przez się da dużo indolu (wtedy należałoby jednak oczekiwać małej ilości indykanu w moczu). Złe chłonienie może tyczy się tylko białka i grup tryptofanowych (wtedy obniżałby się azot moczu). Musimy zatem przyjąć, że początkowe podwyższenie ilości indolu w kale i wynikłe stąd — (albo może pomimo tego) podwyższenie ilości indykanu moczu — polegać może albo na niesprawności kiszek, które tego indolu pochłonąć nie zdołały, albo na chwilowem ogłodzeniu ustroju, który pochłoniętego indolu spalić nie zdołał. Z czasem kiszki chłoną lepiej, indol w kale znika, ilość indykanu jednak opada w moczu, bo ustrój spala indol z łatwością. Bakterye przy cukrze nie zmniejszają gnicia; o tem świadczy powtarzane już nieraz doświadczenie z ponownem gniciem kału. Więc kał mógłby wytworzyć indol, i wytworzył go zapewne, tylko indol został wessany.

Doświadczenia nasze wskazują na to, że:

1) Przy ocenianiu gnicia w kiszkach i wynikającego stąd indykanu należy się liczyć nietylko z ilością całego białka, ale, co najważniejsze, z ilością wchłoniętego białka, więc i z ilością tego, co w kiszkach do gnicia pozostało.

2) Powiększenie indykanu w moczu albo jego zmniejszenie świadczy nietylko o mniejszej lub większej ilości zalegającego indolu w kale, ale raczej o sprawności ustroju. Tasama bowiem ilość indolu w niektórych razach indykanu nie powiększy, w innych wpłynie wyraźnie na jego ilość.

---

[12]) Archives des maladies des enfants T. 11.

3) Ciało, dające odczyn indolu i otrzymane przy przekraplaniu moczu, zwane »indolem moczu«, podlega wielkim, lecz prawidłowym wahaniom i może się stać wskaźnikiem spraw zachodzących w ustroju.

Oceny i sprawozdania.

P. Ehrlich: **Abhandlungen über Salvarsan**. (Tom III. J. F. Lehmann, Monachium, 1913).

Tom niniejszy jest podobnie, jak poprzednie, zbiorem prac, ogłoszonych w »Münch. med. Woch.« 1912, a wybranych przez Ehrlicha i ułożonych w pewne grupy. Znajdujemy zatem zebrane prace o zanieczyszczeniu wody, używanej do wstrzykiwań salwarsanu, o działaniu tego przetworu na narząd nerwowy i o działaniu ubocznem, o wynikach uzyskanych w chorobach niekiłowych, wreszcie i o nowym salwarsanie. W końcu omawia Ehrlich bardzo obszernie i krytycznie wiele zagadnień, związanych ze stosowaniem tego przetworu arszenikowego, roztrząsa różne zapatrywania o szkodliwem działaniu arszeniku na tkankę nerwową, rozbiera krytycznie przypadki śmiertelne, wreszcie tłómaczy wprowadzenie nowego salwarsanu (Neo-salvarsan).

F. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Carnot: **O miejscowem leczeniu obrzęków.** (Paris médical 1913, Nr 28). Miejscowe leczenie obrzęków podskórnych stosować należy wówczas, gdy leczenie wewnętrzne środkami sercowymi i moczopędnymi nie odnosi skutku. Przy nieznacznych obrzękach otrzymujemy dobre wyniki zapomocą miesienia. Przez miesienie zamieniamy obrzęki twarde na miękkie, przynosimy ulgę w uczuciu naprężenia w kończynach dolnych, a nawet możemy przez metodyczne miesienie doprowadzić płyn z obrzęków do krążenia ogólnego i wywołać obfite wydzielanie moczu. Miesienie należy stosować tylko wtedy, gdy skóra nie jest dotknięta stanem zapalnym. Prócz miesienia należy stosować wieczorem przez 2 minuty ruchy różnych kończyn. Autor podał też pewien zabieg własny celem umożliwienia rytmicznego miesienia obwodowego. Oprócz miesienia można zadziałać miejscowo na obrzęki przez okłady słonoglicerynowe, które na drodze osmozy wywołują przenikanie wody przez skórę do rozczynu o większem zgęszczeniu. Trzecim sposobem mechanicznym są nasiekiwania (skaryfikacye), głębokie nacięcia lub sączkowanie zapomocą trójgrańców włosowatych Southeya lub zakrzywionych Müllera albo też kolców Curschmanna. Ujemną stroną tego sposobu jest łatwość zakażenia rany oraz niekiedy ciągłe sączenie się, a w dalszym ciągu ciągła wilgoć i zimno dokuczające choremu. Ilość płynu, która tym sposobem da się odciągnąć, jest olbrzymia, bo wynosi od jednego do kilkudziesięciu litrów na dobę. Równocześnie zaczyna się obfite oddawanie moczu, gdyż przesięki znakomicie wchłaniać się zaczynają przez żyły skórne, uwolnione od ucisku, wywieranego przez obrzęki.

Dr Blassberg.

Prof. Thomayer: **Uwagi nad nowotworami móżdżku.** (Časopis lékařův českých 1913, Nr 12). Podawszy obszerną historyę choroby chorego, dotkniętego nowotworem móżdżku, podkreśla autor dwa charakterystyczne objawy, spostrzegane w przebiegu tego cierpienia. Pierwszym z nich są zaburzenia równowagi, ale tylko ruchów automatycznych, co jest w związku z tem, że móżdżek zawiera ośrodki dla tych właśnie czynności. Drugim objawem jest spostrzegana przez autora w podobnym przypadku w roku 1912 t. zw. ortostatyczna tachykardya. (Tętno u chorego leżącego wynosiło 96, u stojącego 156). Gdyby się okazało, że ten objaw w przypadkach schorzeń móżdżku jest stałym, miałby on wielkie znaczenie rozpoznawcze, jako łatwo dostrzegalny. W omawianym przypadku nowotwór, prawdopodobnie glejak, zajmował całego robaka móżdżku i równomiernie obie półkule móżdżkowe.

M.

Dal Lago: **Miażdżyca tętnic żołądkowych i przypadek krwawych wymiotów na tem tle.** (Riforma med. 1913. Nr 9). Miażdżyca tętnic może wystąpić jako zmiana miejscowa w zakresie pewnego tylko narządu, względnie w danym narządzie uwydatnia się wybitniej, niż gdzieindziej. Tak np. znane są przypadki miażdżycy tętnic mózgowych bez zajęcia tętnic skroniowych, miażdżycy tylko w zakresie tętnic śledziony, zwłaszcza u osób dotkniętych zimnicą i i. Wielkim krokiem naprzód jest ustalenie obrazu klinicznego, odpowiadającego usadowieniu się miażdżycy w poszczególnych narządach; dzisiaj dobrze już znamy objawy kliniczne zmian nerek na tle miażdżycy, dusznicy bolesnej prawdziwej, miażdżycy tętnic mózgowych, rdzeniowych i płucnych. Zdobyczą ostatnich lat jest zbiór objawów, zależnych od miażdżycy tętnic żołądkowo-jelitowych; zmianę tę możemy spotkać tylko w zakresie samego żołądka, lub też równocześnie i w innych narządach jamy brzusznej; najczęściej bywają nią dotknięte tętnice krzywizny małej. Zmianom miażdżycowym towarzyszą i zapewne są od nich zależne stany chorobowe samej ściany żołądka w postaci nieżytów i owrzodzeń. Objawy, wywołane temi zmianami w tętnicach żołądka, można podzielić według Carrierea i Otta na 3 grupy: postać dyspeptyczną, postać cechującą się bólami i wreszcie postać krwotoczną. Postać dyspeptyczną charakteryzują objawy występujące wkrótce po jedzeniu. Po ziewaniach i senności doznaje chory uczucia pełności w żołądku, jakby bolesnego rozpychania, z utrudnieniem oddechu, rzadko zaś dołączają się nudności i wymioty; nadpępcze jest napięte i na ucisk bolesne. Dolegliwości te znikają zwykle wśród odbijania i znowu powracają po następnem spożyciu pokarmów; apetyt nie ulega zmianie, również i wyniki badania żołądka pod względem czynnościowym są prawidłowe. Postać bolesna: bez wyraźnej przyczyny, lub też tylko z powodu przyczyny przypadkowej, jak nadmiernie obfity posiłek, wzruszenie itp. doznaje chory kilkuminutowego uczucia kurczu lub rozpychania w nadpępczu; niekiedy bóle te mogą przybrać gwałtowny charakter i rozpromieniać się ku łopatkom i grzbietowi, a nadto łączyć się z nudnościami i odbijaniem; stan ten trwać może nawet do dwu godzin i ustępuje wreszcie po wymiotach. Równocześnie lub też przed, albo po tych napadach, mogą występować mniej lub więcej całkowite napady dusznicy bolesnej, lub inne zaburzenia ze strony serca, jak zwolnienie, przyspieszenie lub niemiarowość tętna. Postać krwotoczna zachodzić może także u osobników młodych. Po dolegliwościach żołądkowych, na ogół niezbyt wybitnych, występują wymioty krwawe, zazwyczaj szybko wiodące do zejścia śmiertelnego, lub też brak wymiotów, a wtedy przebieg jest powolny. Przyczyną krwotoku jest zwykle pęknięcie tętniaka, znajdującego się często na dnie owrzodzenia błony śluzowej, niekiedy jednak w braku tego czynnika zmuszeni jesteśmy przyjąć krwotok »per diapedesin«. Dwie pierwsze postacie występują zwykle równocześnie z ogólną miażdżycą i ze względu na objawy sercowe mogą tworzyć obraz kliniczny, identyczny z dusznicą bolesną o typie pseudogastralgicznym Hucharda. Ze względu na to podał Bonnamour nieco odmienny podział objawów, wywołanych miażdżycą tętnic żołądkowych, a mianowicie: a) dusznica bolesna o typie pseudo-gastralgicznym i b) postać krwotoczna, będąca wyrazem usadowienia się miażdżycy przeważnie lub wyłącznie w żołądku. Przypadków krwawych wymiotów na tle miażdżycy tętnic żołądka dotąd opisano około 15. Przypadek Dal L. dotyczy 58-letniego

marynarza, który zginął wśród krwawych wymiotów i stolców, powtarzających się kilkakrotnie w ciągu dwu dni. Sekcya wykazała bardzo nieznaczną miażdżycę ogólną, natomiast wybitne zmiany miażdżycowe tylko w zakresie tętnicy wieńcowej żołądka. Przyczyną krwotoku było pęknięcie tętniaka, powstałego w obrębie tej tętnicy. Przyczynę tego wybitnie miejscowego usadowienia się zmian miażdżycowych w tym przypadku, upatruje Dal L. w otyłości, skazie moczanowej, nieregularnem odżywianiu się i piciu. Dr T. T.

Eppinger: **W sprawie patologii śledziony.** (Tow. med. wewn. Wiedeń. Maj 1913). Doświadczenia wykazały, że po wyjęciu śledziony zmniejsza się bardzo znacznie ilość jodu we krwi. W wielu sprawach chorobowych, jak w złośliwej niedokrwistości, żółtaczce hemolitycznej, marskości wątroby, a nawet w zwykłej żółtaczce ilość jodu we krwi jest znacznie większa. To samo odnosi się do urobiliny. Wobec tego powstała myśl, by przy tych sprawach chorobowych usuwać śledzionę, zwłaszcza przy wyraźnych objawach hemolizy. W tej myśli w dwóch przypadkach złośliwej niedokrwistości usunięto śledzionę (prawidłowych rozmiarów), a wynik był znakomity. Ilość ciałek czerwonych podniosła się szybko, chorzy przybrali do 10 kg. na wadze, ilość urobiliny opadła. Również dokonano tego zabiegu w dwóch przypadkach przerostowej marskości wątroby i osiągnięto zniknięcie żółtaczki i poprawę stanu ogólnego. Korzystne wyniki osiągnięto w chorobie Bantiego i żółtaczce hemolitycznej K.

Prof. De Renzi: **Gnilec, krwawiączka i niedokrwistość złośliwa postępująca.** (Riforma medica, 1913, Nr 10). R. opisuje przypadek, dotyczący 15-letniego chłopca, który zachorował wśród zawrotów głowy, bólów w kolanach i coraz bardziej postępującego ogólnego osłabienia. Równocześnie wystąpiła bladość skóry, a wreszcie pojawiły się krwotoki z dziąseł i wybroczyny skórne bez żadnej wyraźnej przyczyny. Na podstawie tych objawów i wywiadów, tyczących się sposobu żywienia chorego, przyjął R. gnilec; jednakże badanie brwi wykazało ilość ciałek czerwonych 1,580.000, a hemoglobiny 43%; nadto, mimo bardzo energicznego leczenia przeciwgnilcowego, liczba ciałek czerwonych spadła wkrótce do 995.000 w 1 mm³, co wskazywało, że chodziło tutaj jeszcze o jakieś powikłanie, sam gnilec bowiem pod wpływem odpowiedniego leczenia szybko ustępuje. Dane te, t. zn. liczba ciałek czerwonych poniżej miliona, niestosunkowo wysoki odsetek hb. i ciągłe pogarszanie się przemawiały za niedokrwistością złośliwą; wprawdzie badanie krwi nie wykazało megaloblastów, jednak według dzisiejszego stanu nauki megaloblasty, względnie wogóle jądrzaste ciałka czerwone krwi, nie są koniecznie potrzebne do obrazu klinicznego niedokrwistości złośliwej. Przyłączenie się tego powikłania w tym przypadku do gnilca tłumaczy R. wtargnięciem drobnoustrojów do krwi przez ubytki, wywołane zmianami gnilcowemi w błonie śluzowej jamy ustnej; rzeczywiście badanie bakteryologiczne krwi. wziętej z żyły środkowej przedramienia, wykazało obecność gronkowca. (Dla całokształtu obrazu klinicznego wszelkich skaz krwotocznych omawia R. w swej pracy między innemi także i krwawiączkę). Dr T. Tempka.

A. Zamenhof. **O gnilcu i jego istocie** (Kuracisto 1913 Nr 5—6). Autor miał sposobność spostrzegać bardzo liczne przypadki gnilca (skorbutu) w Porcie Artura, podczas oblężenia w czasie wojny rosyjsko-japońskiej, oraz podczas 2½-letniej praktyki lekarskiej w północno-wschodniej Syberyi w kopalni złota, gdzie gnilec stale panuje jako choroba miejscowa. Z. rozróżnia trzy główne postacie choroby, a mianowicie: 1) krwotoczną, 2) wysiękową, 3) nerwową. Oprócz tego bywają częste postacie mieszane lub szczątkowe i poronne. Zdaniem Z. jest gnilec chorobą zakaźną, która zależnie od różnych okoliczności występuje w rozmaitych postaciach. Z. przypuszcza, że drobnoustroje należą do pierwotniaków, podobnie jak pasorzyty zimnicy, i że albo same przez się, albo przez swoje jady zakażają ustrój ludzki. Czynnik zakaźny zdaje się przebywać w powierzchownych warstwach ziemi, gdyż choroba najczęściej pojawia się u osób zajętych przy robotach ziemnych, przy kopaniu rowów, nasypów i t. p. Choroby znane pod nazwą »beri-beri«, oraz »hydropisie épidemique« uważa autor za identyczne z gnilcem. Pod względem leczniczym działa między innemi dobrze porzucenie zajęcia i zmiana miejsca pobytu. Dr Blassberg.

Oettinger. **Wrzód dwunastnicy a kamica żółciowa** (Paris médical 1913, Nr 27). Rozpoznanie wrzodu dwunastnicy bywa najczęściej tylko prawdopodobne, a nie pewne. Bardziej za wrzodem dwunastnicy, aniżeli żołądka, przemawiają następujące objawy: bóle występujące tylko od czasu do czasu, siedziba ich w okolicy wrzekomych żeber po prawej stronie i rozpromienianie się bólów raczej ku stronie prawej, aniżeli w okolicę grzbietu i między łopatki, późne występowanie bolów i dochodzenie do szczytu w drugiej połowie nocy, oraz usposobienie do krwotoków jelitowych. Zmienność objawów zależy w dość znacznym stopniu od tego, w jakiej odległości od odźwiernika znajduje się wrzód dwunastnicy. Ponieważ ściany jelita są znacznie cieńsze, aniżeli żołądka, przeto przy wrzodzie dwunastnicy o wiele łatwiej powstaje na otaczającej otrzewnej sprawa zapalna, stając się punktem wyjścia dla licznych zrostów otrzewnych. Rozpromienianie się bólów dwunastniczych, w odróżnieniu od żołądkowych, ku prawej stronie, powstaje wskutek zrostów. Również i głód, połączony z bólem (tak zwany »Hungerpain« Anglików), oraz względna rzadkość wymiotów, bardziej przemawiają za wrzodem dwunastnicy. Natomiast krwotoki jelitowe, bez towarzyszących wymiotów krwawych, są jedyną pewną różnicą wrzodu dwunastnicy od objawów kamicy żółciowej, zwłaszcza przy krótkotrwałym napadzie bólu i przy niewyczuwalnym pęcherzyku żółciowym. Trudność rozpoznawcza może mieć swoje źródło w tem, że zarówno w jednem, jak i w drugiem cierpieniu bóle mogą zależeć od zrostów dokoła dwunastnicy. Niekiedy wywiady, stwierdzające przebytą już dawniej kamicę wątrobną z żółtaczką, umożliwiają rozpoznanie kolki żółciowej, natomiast krwotok jelitowy przemawia za wrzodem dwunastnicy. Należy jednak pamiętać, że oba cierpienia mogą istnieć równocześnie i że jedno z tych dwóch cierpień może się przyczyniać do powstania drugiego. Przy przypuszczeniu wrzodu dwunastnicy należy zawsze badać stolec co do krwi utajonej, przyczem wynik dodatni dowodzi tej sprawy, ale ujemny jej nie wyłącza. Zapomocą radyoskopii stwierdzamy przy wrzodzie dwunastnicy przesunięcie żołądka w prawo, sprawione przez zrosty, a wydalanie mieszanki bizmutowej odbywa się w takich przypadkach znacznie szybciej, aniżeli przy wrzodzie usadowionym w odźwierniku. Dr Blassberg.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5. III. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 66.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes Dr Janiszewski poświęcił kilka słów pamięci zmarłego ś. p. Dra Bielańskiego, przyczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

3) Na członka honorowego Towarzystwa zaproponowano na wniosek Wydziału kol. Prof. Dra Pieniążka, odkładając według statutu wybór jego do następnego posiedzenia.

4) Na członków zwyczajnych Towarzystwa wybrano jednomyślnie kolegów Rogalskiego, Pieńkowskiego i Borowieckiego.

5) Odczytano odezwę Komitetu krajowego dla spraw IV. międzynarodowego Zjazdu dla higieny szkolnej w Buffalo 1913, zapraszającą Towarzystwo do wzięcia udziału w Zjeździe przez wysłanie delegata do Buffalo.

Prezes Dr Janiszewski po odczytaniu odezwy zawiadamia, że na posiedzeniu Zarządu Towarzystwa d. 5. III. 1913 uchwalono nie wysyłać reprezentanta na Zjazd, gdyż fundusze Towarzystwa na to nie wystarczają. Zachęca natomiast członków do wzięcia udziału w Zjeździe i nadmienia, że miasto Kraków przeznaczyło pewną kwotę dla jednego z lekarzy szkolnych, gdyby tenże jechał na Zjazd.

5) Prof. Rutkowski przedstawia ze swego oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza następujący szereg chorych i preparatów, uzyskanych zapomocą operacyi: a) Chory, operowany z powodu blizny, powstałej w odźwierniku skutkiem **wrzodu żołądka.** b) Chora operowana również z powodu **wrzodu żołądka.** c) Chory, któremu R. **usunął otorbioną parafinę** z okolicy kanału pachwinowego lewego. Parafina ta stanowiła guz otorbiony wielkości pięści. Przed 10 laty chory ten był leczony wstrzykiwaniami parafiny przeciwko przepuklinie pachwinowej lewej. Przepuklina nie ustąpiła, a guz musiał być usunięty przy zabiegu doszczętnym. d) Preparat z analogicznego przypadku, który prelegent miał sposobność operować przed 5 laty. e) Preparat z nadzwyczaj dużego wrodzonego rozdęcia okrężnicy **(megacolon congenitum).**

W dyskusyi przemawia kol. Radliński, wspominając o wynikach leczenia przepuklin wstrzykiwaniami parafiny i o przypadkach spostrzeganych przez siebie.

6) Kol. Prof. Reiss przedstawił następujące przypadki chorobowe: a) Chora, wyleczona z **promienicy policzka** zapomocą podawania wewnętrznie jodu oraz wstrzykiwań rozczynu Lugola do guzów w ilości 1—2 cm^3 co kilka dni. b) Chory z niezwykłą postacią rozległych **nacieków kilakowych,** zbliżonych morfologicznie do typu »scrofuloderma«, z równoczesnemi zmianami prawdopobnie natury kilakowej w wątrobie i śledzionie. c) Chora z niezwykłą postacią **lichen planus pigmentosus** w zakresie kończyn górnych i dolnych, wiodącą gdzieniegdzie do zmian zanikowych, leczoną małemi dawkami salwarsanu (0,2 pro dosi). d) **Foliculitis** o typie trądzika (acne) w zakresie kończyn, jako przypadek trądzika sztucznie wywołanego (acne artificialis) wskutek długotrwałego działania parafiny, tudzież produktów suchej destylacyi węgla kamiennego. Chory zatrudniony jest przy fabrykacyi asbitu. e) **Lues gummo-tuberculosa serpiginosa** w formie rozległej, w zestawieniu z zupełnie morfologicznie podobnym i na pierwszy rzut oka trudnym do odróżnienia przypadkiem **lupus orbicularis serpiginosus**. d) Chora **z naciekiem kilakowym** bardzo ograniczonym w zakresie fałdów noso-policzkowych. e) **Keratodermia symmetrica palmae manus utriusque,** leczona kwasem pyrogallusowym. f) Chora ze zmianami późnego nawrotu guzkowo-obrączkowego w zakresie szyi. g) **Enanthema medicamentosum** (po dłuższem zażywaniu przetworu santalowego z extract. kawa-kawa) z równoczesnemi zmianami kiłowemi na częściach rodnych. g) Chora **z wysypką kiłową drobnoguzkową** świeżą (syph. papulosa miliformis recens). h) Przypadek **alopecia areata progressiva** i **pityriasis rosea.**

W dyskusyi przemawiają kol. Blassberg, prym. Borzęcki i prof. Reiss.

7) Kol. Prof. Piltz przedstawił: a) 38-letniego mężczyznę, z praktyki prywatnej, cierpiącego od kilku lat na ścierpnięcie i osłabienie władzy w palcach prawej ręki. Z biegiem czasu pisanie stawało się też coraz bardziej utrudnione.

Badanie dało wynik następujący: Objawy podmiotowe: utrudnienie przy zapinaniu ubrania; wypadanie przedmiotów z ręki; niemożność wyjmowania przedmiotów z kieszeni. Objawy przedmiotowe: zniesienie czucia położenia w palcach i osłabienie tegoż czucia w stawie nadgarstkowym; zniesienie zmysłu stereognostycznego; osłabienie czucia bólu i ciepła na palcach i na dłoni w górę aż do stawu nadgarstkowego, na wewnętrznej powierzchni silniejsze, niż na zewnętrznej; osłabienie czucia bólowego i termicznego na szyi i na klatce piersiowej pomiędzy drugiem a szóstem żebrem po stronie prawej; wygięcie części grzbietowej kręgosłupa z wypukłością zwróconą w stronę prawą; bezład w palcach; podobne do atetotycznych powolne samoistne ruchy w palcach ręki prawej, w stawie nadgarstkowym, pronacyjne i w stawie łokciowym — o których chory nic nie wie, wreszcie nieznaczne osłabienie czucia położenia w palcach prawej nogi.

Lekarz ordynujący rozpoznawał u tego chorego kurcz pisarski. Piltz rozpoznał w styczniu 1912 r. gliozę rdzenia. W marcu 1912 r. chory pojechał do Wiednia, gdzie jeden z profesorów neurologii rozpoznał stwardnienie rozsiane. W Berlinie jeden z profesorów neurologii rozpoznał gliozę w prawej połowie rdzenia szyjnego, a drugi — jak to widać z listu jego — sprawę korową, i zaproponował choremu wykonanie trepanacyi próbnej w okolicy korowego ośrodka ruchów prawej ręki.

Piltz krytykuje rozpoznanie stwardnienia rozsianego, jak również i rozpoznanie sprawy korowej w danym przypadku. Brak drżenia oczu, drżenia przy ruchach kończyn, ogólnego wzmożenia odruchów ścięgnistych, zaburzeń wzroku i stwierdzenie zaburzeń czucia t. zw. syryngomyelitycznych — wyłącza rozsiane stwardnienie rdzenia. Brak jakichkolwiekbądź zaburzeń mózgowych przemawia przeciwko rozpoznaniu sprawy korowej. Na myśl o sprawie korowej mogły naprowadzić chyba jedynie wyżej wspomniane ruchy. Ruchy te jednak są pseudoatetozą, zależną jedynie od zniesienia czucia położenia, a nie atetozą, zależną od zajęcia kory mózgowej. To też propozycya próbnej trepanacyi w tym przypadku była bezwzględnie niewłaściwą.

b) Przypadek **ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia** (poliomyelitis acuta) u osobnika dorosłego. F. K. liczy lat 23. Przed rokiem zachorował na »influencę« z brakiem apetytu, bólami głowy, gorączką i dreszczami, która trwała przez tydzień. Przez kilka dni po owej »influency« miał być zdrów i dopiero 5. dnia wystąpiło porażenie prawej ręki. Badanie wykazuje obecnie zanik mięśni stawu barkowego, ramienia i przedramienia. Mięśnie dłoni są prawidłowe. Odruchy ścięgniste zniesione. Hypotonia. W ciągu kilku pierwszych miesięcy nastąpiła pewna poprawa. Od pół roku już stan się nie zmienia. Zaburzeń czucia niema.

c) Przypadek **wiądu rdzenia,** leczony gimnastyką Frankla.

W dyskusyi kol. prof. Kader omawia sposoby i wyniki ewentualnego chirurgicznego leczenia chorego na zapalenie przednich rogów rdzenia.

8) Kol. prof. Kader przedstawia chorą l. 18, u której rozpoznaje: **Haemarthros haemophilicus genu dextr.** Sprawa ta, bardzo rzadka, może być powodem pomyłki rozpoznawczej z gruźlicą stawu i bardzo poważnych powikłań podczas zabiegu umotywowanego złem rozpoznaniem.

W dyskusyi zabierają głos kol. prym. Borzęcki, prof. Piltz, Hirsch i prof. Kader.

Posiedzenie z dnia 12. III. 1912 r.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 120.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na członków zwyczajnych Towarzystwa przyjęto jednogłośnie kolegów Szymonowicza i Drobniewicza.

3) Prof. Dra Przemysława Pieniążka zamianowano w uznaniu zasług, położonych na polu naukowem, członkiem honorowym Towarzystwa.

4) Kol. prof. Kader przedstawia **łóżeczko gipsowe skombinowane z równoczesnym wyciągiem** dla leczenia gruźlicy kręgosłupa.

5) Kol. prof. Bądzyński ze Lwowa (jako zaproszony gość) wygłosił odczyt: **Przemiana materyi w ustroju prawidłowym i chorym** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierają głos: a) Doc. Seńkowski, który podnosi, że prelegent, mówiąc o białku, nie wspomniał o tem, iż istotną częścią składową komórki jest protoplazma, ciało wyżej złożone, która największą rolę odgrywa w przyswajaniu. Białko jest już produktem rozkładu protoplazmy. A więc, o ile mamy do czynienia z żywą komórką i z asymilacyą, nie możemy mówić o białku, lecz o protoplazmie. Co się zaś tyczy wartości pożywczej i zdolności doprowadzania do równowagi azotowej, to zależy to w wysokim stopniu od przyzwyczajenia. Tak naprzykład Eskimosi nie używają całkiem węglowodanów, lecz tylko białka i tłuszcze. — b) Kol. prof. Marchlewski, podnosi ważność i znaczenie badania przemiany materyi w ustroju. — c) W odpowiedzi przemawiał kol. prof. Bądzyński.

Sekretarz Dr J. Zubrzycki.

XVII. Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

od 6. VIII. do 12. VIII. 1913.

III. Okólnik Stałego Polskiego Komitetu lekarskiego.

Dotychczas zgłosiło zamiar wyjazdu do Londynu ze wszystkich trzech dzielnic razem 30 lekarzy (doliczywszy ich rodziny, będzie z Polski około 40 osób). Część wybiera się w podróż osobno. Dla pragnących jechać razem będzie punktem zbornym Hotel Metropol w Berlinie (unter den Linden), dnia 3. sierpnia, skąd wyjazd do Londynu nastąpi dn. 4. sierpnia b. r. W punkcie zbornym zgłaszać się należy do kolegów: prof. Renckiego i prym. Piska ze Lwowa i Dr Kurtza z Warszawy.

Zgłosili się koledzy następujący: prof. Bednarski, prof. Łukasiewicz, prym. Pisek, Pfau, prof. Rencki, Ruff, (ewentualnie) prof. Gluziński ze Lwowa; Kwaśnicki, Schudmak, Spira, prof. Wicherkiewicz z Krakowa; Bączkiewicz, Bernstein, Bryndza-Nacki, Higier, Jakimowicz, St. Kijewski, Kurtz, Kucharzewski, F. Malinowski, Miszewski, Ostaszewski, Rozwadowski, Śląski, Sinołęcki, Sitkowski, Tokarski, Wiśniewski, Wolberg, F. Zawadzki z Warszawy i Królestwa.

Wykłady zgłosili F. Malinowski, Spira i prof. Wicherkiewicz.

Przypominamy raz jeszcze, że najstosowniej zgłosić się po kartę udziałową w języku francuskim, niemieckim lub angielskim do Biura kongresowego: Dr Herringham, London W., Hindestreet 13. z podaniem sekcyi naukowej, do której kto chce należeć, a równocześnie należy przesłać kwotę funta szterlingów, czyli 24 koron, 20 marek, z dodaniem ewent. jeszcze połowy tej kwoty na kartę towarzyszącej kongresiście damy i to pod adresem: The Treasurers XVII International Congress of Medicine. Biuro nasze w Londynie, jako też i biuro Centralnego Słowiańskiego Komitetu lekarskiego, założonego w Paryżu w r. 1900, mają wspólny lokal w »Royal School of Art«, która to szkoła mieści się przy ul. Exhibition Road obok Victoria and Albert Museum. W biurze tem, które będzie otwarte już w przeddzień rozpoczęcia się kongresu, t. j. 5. sierpnia, kongresiści polscy mogą zasięgnąć wszelkich pożądanych wiadomości. Dla ułatwienia zobopólnego porozumiewania się poleca się wpisywać adres pomieszkania londyńskiego do wyłożonej tamże adresowej książki. W temże biurze będzie można dowiedzieć się o sposobności zwiedzania osobliwości miasta pod przewodnictwem stosownej osoby, o którą Komitet się postara. Zwiedzanie zaś szpitali i zakładów naukowych dla Polaków zorganizuje kol. Dr Rajchman, mieszkający stale w Londynie. (Adres: University Bacteriological Research Department, University London King's College, Chandos Street 62 Strand W. C. Telefon City 8015).

Cały ruch kongresowy skupia się w Albert Hall, w dzielnicy South Kensington, to też najodpowiedniej w sąsiedztwie postarać się o mieszkanie. Kol. Rajchman przyrzekł podjąć się pośrednictwa i gotów zamówić dla większej ilości zgłaszających się stosowny hotel, gdzie np. pokój z całodziennem utrzymaniem otrzymać będzie można za $7^1/_2$ szylinga czyli 7·50 marek lub 9 koron.

Niemiecki Lloyd ogłasza ułatwienia podróży dla kongresistów: podróż I. kl. z Bremy do Southampton kosztować będzie 40 mk., a powrotny bilet ważny przez 6 miesięcy z Plymouth do Bremy razem 70 mk. Zniżki na kolejach i statkach rozmaitych linii, ogłoszone w okólnikach Komitetu organizującego kongres, są tego rodzaju, że z nich nasi uczestnicy nie będą mogli korzystać. Ktoby jednak nie z kraju wybrać się zamierzał do Londynu na kongres, znajdzie może dla siebie pewne ułatwienia, a w tym celu winien się porozumieć wprost w Biurem kongresowem w Londynie W. przy Hindestreet 13.

Prof. Wicherkiewicz.

Zwyczajne posiedzenie Centralnego słowiańskiego Komitetu lekarskiego odbędzie się w Londynie w Royal School of Art (South Kensington) we środę dnia 6. sierpnia 1913 o godzinie 9 przedpołudniem. Na porządku dziennym:

1) Zagajenie przez Prezesa Komitetu.
2) Dyskusya nad sprawozdaniem z posiedzenia odbytego dnia 17. lipca 1911 w Krakowie.
3) Referat prof. Wicherkiewicza w sprawie udziału narodowych komitetów lekarskich w Komisyi stałej dla międzynarodowych kongresów lekarskich.
4) Wybory.
5) Oznaczenie miejsca przyszłego zebrania.
6) Wnioski.
7) Zamknięcie posiedzenia.

O ile program nie zostanie wyczerpany, odbędzie się drugie posiedzenie w dniu następnym, o godzinie później mającej się oznaczyć.

Jeneralny sekretarz Dr Surzycki. Prezes prof. Dr Wicherkiewicz.

Towarzystwo internistów polskich.

Dnia 14. lipca odbyło się posiedzenie Zarządu Towarzystwa internistów polskich, na którem byli obecni członkowie Zarządu koledzy: M. Franke, A. Gluziński, W. Pisek, J. Wiczkowski.

Na posiedzeniu tem:

1) Uchwalono, jako termin II. Zjazdu internistów polskich we Lwowie dzień 20. i 21. lipca 1914 roku;

2) Ustalono tematy referatów głównych, a mianowicie a) »Cukrzyca« — referent kol. A. Landau, koreferent M Jakowski (Warszawa).

b) »Odma piersiowa sztuczna, jako środek leczniczy przy gruźlicy płuc« — referent kol. S. Sterling (Łódź), (koreferent będzie podany później).

3) W myśl statutu T. I. P., wybrano na prezesa gospodarczego Komitetu miejscowego lwowskiego, który ma się zająć urządzeniem Zjazdu, kol. R. Renckiego.

M. Franke, sekretarz. A. Gluziński, prezes.

Wiadomości bieżące.

Kraków. »Przewodnik po zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich«, wydawany corocznie przez Polskie Towarzystwo balneologiczne od lat 10, opuścił prasę i został umieszczony w pociągach, kursujących na liniach galicyjskich, a zwłaszcza w kierunku zdrojowisk. Wydanie tegoroczne wyszło w ramach rozszerzonych. »Przewodnik« zawiera mapę zdrojowisk polskich oraz alfabetyczny spis zdrojowisk, które uwzględniają skład chemiczny źródeł mineralnych, położenie, frekwencyę roczną i t. d. Zakres »Przewodnika« obejmuje cały obszar ziem dawnej Polski. »Przewodnik«, rozszerzany bezpłatnie, jest tego roku jedynem tego rodzaju wydawnictwem, gdyż zapowiedziane w szerszym zakresie dzieło p. t. »Galicya w sezonie letnim«, nie wyszło.

— Rada miejska krakowska uchwaliła 22. VII. b. r. ostatecznie budowę miejskich zakładów sanitarnych (domu izolacyjnego, zakładu dezynfekcyjnego i t. d.) na Prądniku białym.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Antoni Glückstein rodem z Zielonek i Władysław Cholewka z Inwałdu.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. VII. do 19. VII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych — † —), krztuśca 8, ospy wietrznej 1, płonicy 6 † — (4 † 3), odry 47 † 1 (1), duru brzusznego 4 † — (5 † —), czerwonki 1, róży (1).
Dr Janiszewski.

Warszawa. Uroczystość położenia kamienia węgielnego pod gmach Towarzystwa higienicznego odbyła się 17. VII. b. r. Gmach stanie na gruncie, wydzierżawionym od Magistratu przy ul. Karowej na lat 96, według planów bud. Henricha, a mieścić będzie sale wykładowe, muzeum i pracownię higieniczną.

— Czynności redaktora »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego» objął Dr Tadeusz Borzęcki.

— Zarząd Towarzystwa naukowego Warszawskiego ogłasza, że odracza do dnia 15. września r. b. termin nadsyłania zgłoszeń do konkursu na stanowisko asystenta pracowni serologicznej Towarzystwa. Wymagany jest od kandydatów stopień lekarza lub doktora medycyny. Kandydaci winni nadsyłać curriculum vitae, spis prac naukowych oraz ich odbitki do biura Towarzystwa naukowego Warszawskiego, Kaliksta 8. Pensya asystenta w pierwszym roku rubli 80, w następnych rb. 100 miesięcznie.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 14. VII. do 21. VII. 1913 przypadków: ospy — † —, płonicy 9 † 2, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 1.
Dr Trenkner.

Z różnych stron. Rosyjskie ministerstwo oświaty wydało nowe przepisy o egzaminach lekarskich osób, posiadających dyplom doktorski wszechnic zagranicznych. Podania o dopuszczenie do egzaminów mają być skierowane do przewodniczącego komisyi egzaminacyjnej za pośrednictwem kancelaryi kuratora odpowiedniego okręgu naukowego, najpóźniej na miesiąc przed egzaminami. Do podania mają być dołączone: oryginalny dyplom doktorski potwierdzony przez konsulat rosyjski, świadectwo złożenia »examen philosophicum«, dowody ukończenia szkoły średniej; kobiety muszą prócz tego przedłożyć świadectwo egzaminu uzupełniającego z języka rosyjskiego, łaciny i matematyki według programu gimnazyum męzkiego. Dalej muszą być do podania dołączone: policyjne świadectwo prawomyślności, 2 fotografie i pokwitowanie z uiszczenia 20 rubli. Kobiety zamężne muszą nadto przedłożyć metrykę ślubną, a żydzi policyjne pozwolenie na zamieszkanie w tem mieście, gdzie mają składać egzamina. Kobiety mogą uzyskać uwolnienie od egzaminów uzupełniających, o ile ukończyły odpowiedni wydział wyższych kursów żeńskich (np. filologiczny co do języka rosyjskiego i łaciny, matematyczno-przyrodniczy co do matematyki i fizyki). Kto niema świadectwa z »examen philosophicum«, musi składać ten egzamin bądźto osobno, najwyżej na 6 miesięcy przed egzaminami lekarskimi lub równocześnie z nimi. Na egzamina uzupełniające, potrzebne do dopuszczenia do egzaminów lekarskich, udziela pozwolenia kurator odpowiedniego okręgu naukowego.

— Wystawa adryatycka w Wiedniu przedstawia i dla lekarza wiele ciekawych szczegółów. Między innymi znajdują się tu trzy pawiloniki Czerwonego Krzyża, w których wystawiono najnowsze urządzenia sanitarno-polowe armii austryacko-węgierskiej, jakoteż wzory szpitali lądowych i morskich, wyposażenie ekspedycyi górskich, zbiór polowy narzędzi i t. p. W rotundzie wystawy zwracają uwagę lekarza panoramy południowych miejsc kąpielowych i klimatycznych, fauna i flora adryatycka, dalej najnowsze zdobycze techniki na polu urządzeń hotelowych, kąpieli, wentylacyi i oświetlenia. Ciekawy też jest dział historyczny, przyrządy ratunkowe, urządzenia okrętowe itp. Klęsk.

— Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich wzywa wszystkich lekarzy w Austryi do poparcia moralnego i materyalnego lekarzy dolno-austryackich w ciężkiej walce, jaką toczą obecnie z kasami chorych.

Zmarli: internista prof. Samuely we Fryburgu w Br.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Kołaczyki fermentynowe w ginekologii. Dr J. Hirschfeld, Berlin. (Fortschritte der Medizin, 1913, Nr 22). Przy nieżytach pochwy i szyjki, a mianowicie zarówno w przypadkach pierwotnych upławów, jakoteż w takich, gdzie upławy występują tylko jako następstwo innych schorzeń ginekologicznych, osiągał autor przez fermentynowe kołaczyki pochwowe dobre wyniki. Proste i niepowikłane nieżyty pochwy i szyjki podlegały bardzo korzystnemu wpływowi i w stosunkowo krótkim czasie zostały wyleczone. W szczególnie uporczywych przypadkach uciekano się do pomocy przyżegania szyi. Także tam, gdzie wypływ był pochodzenia następowego i powikłany z innemi cierpieniami ginekologicznemi, osiągano przez kołaczyki fermentynowe istotną poprawę.

Własności redukujące, przeciwgnilne i bakteryobójcze fermentyny (mikroskopowo delikatnego, według szczególnego postępowania uzyskanego proszku drożdży) działają także przy stosowaniu w pochwie w podobny sposób, jak przy licznych chorobach zewnętrznych (eczema, acne, folliculitis, seborrhoe, pityriasis, lichen pilaris, lichen ruber i ichthyosis, psoriasis, hyperhidrosis), przy których już od lat jest wypróbowaną. Przy wprowadzeniu przez pochwę, równającemu się zresztą podaniu wewnętrznemu, dodać należy jeszcze pobudzenie leukocytozy krwi z jej działaniem ochronnem przeciw wszelkiego rodzaju zakażeniom, jak to przy wewnętrznem podawaniu tego przetworu drożdży dowiedziono. Stosowanie jest następujące: Nastawia się szyjkę we wzierniku mlecznym i oczyszcza się ją, jakoteż pochwę, dokładnie watą. Potem wprowadza się kleszczykami kołaczyk fermentynowy pochwowy bezpośrednio przed ujście maciczne i dla ustalenia go wsuwa się w nitkę zaopatrzony i gliceryną napojony tampon z waty. Po circa 12 godzinach wyjmuje chora tampon i przepłukuje się płynem ściągającym. Przy przewlekłych nieżytach oddaje do tych przepłukiwań zincum sulfuricum (łyżka stołowa na litr wody) bardzo dobre usługi.

Kołaczyki pochwowe fermentynowe zupełnie nie drażnią i bardzo chętnie bywają przez chore dowolnie długi czas znoszone. Wprowadzanie fermentynowych kołaczyków pochwowych powtarza się 3 razy tygodniowo; przy świeżych objawach zapalnych z bardzo obfitą wydzieliną (szczególnie przy ostrym wiewiórze) działa dobrze wprowadzenie kołaczyków pochwowych fermentynowych co drugi dzień, względnie codziennie, przynajmniej przez pierwszy i drugi tydzień.

Na podstawie swych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że w fermentynowych kołaczykach pochwowych posiadamy pożyteczny i prosty środek do leczenia zwykłych nieżytów pochwy i szyi. Także przy ciężkich schorzeniach zapalnych narządów kobiecych mamy w fermentynowych kołaczykach pochwowych dobry środek, aby objawowo istotnie złagodzić przykre objawy nieżytu i połączonego z nim silnego wypływu. Hr. W.